

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N^o

236

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Fernand BARON

*Ancien interne des hôpitaux de Nantes,
né le 17 octobre 1903, à Sainte-Pazanne (Loire-Inférieure).*

TRAVAIL DU SERVICE D'OTO RHINO LARYNGOLOGIE
DE L'HÔPITAL AMBROISE PARÉ.

L'Ostéite syphilitique du conduit auditif externe

Président : Docteur GUGEROT, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Fernand BARON

*Ancien interne des hôpitaux de Nantes,
né le 17 octobre 1903, à Sainte-Pazanne (Loire-Inférieure).*

TRAVAIL DU SERVICE D'OTO RHINO LARYNGOLOGIE
DE L'HÔPITAL AMBROISE PARÉ.

L'Ostéite syphilitique

du conduit auditif externe

Président : Docteur GOUGEROT, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1931

LE DOYEN M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMAND.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BESANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique de la Tuberculose	TEISSIER.
	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique urologique	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Professeur sans chaire	SERGENT.
	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHABROL Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	CHEVALLIER Pathologie médicale.
N. Physiologie.	DE GAUDART
SANNIÉ Chimie biologique.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BROCC Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BRULÉ Pathologie médicale.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	ECALLE Obstétrique.
	FEY Urologie.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
GARNIER	Pathologie expérimentale.	MOREAU	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	MULON	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
HOVELACQUE..	Anatomie.	OLIVIER	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.	PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
JOANNON	Hygiène.	PORTES	Obstétrique.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.	RICHET Fils ..	Physiologie.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.	SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.	VALLERY-	
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	RADOT(Pasteur)	Pathologie médicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LIAN	Pathologie médicale.	VELTER	Ophtalmologie.
HAZARD	Pharmacologie.	VERNE	Histologie.
MILLOT	Histologie.	VIGNES	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTÉTER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEROUX	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MOCQUOT ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-		LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
 FREY : Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT : Education physique.
 LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE

A MA MERE -

A MA TANTE Mlle BOUYER

A MES BEAUX PARENTS

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

LE DOCTEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique dermato-syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui ma fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR J. RAMADIER

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

*A qui je dois l'inspiration de
ce modeste travail, je le prie de
bien vouloir agréer l'expression de
tous mes remerciements et celle de
mon entier dévouement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MM. LE DOCTEUR TEXIER,
DOCTEUR LEVESQUE, DOCTEUR MIRAILLE,
DOCTEUR THIBAUT, DOCTEUR GENDRON

INTERNAT :

Provisoire : M. LE DOCTEUR BENON

Titulaires :

MM. LE DOCTEUR BRELET,
MADAME DOCTEUR POUZIN-NALEGUE
DOCTEUR PICARD, DOCTEUR DUVERGER
DOCTEUR GOURDET, DOCTEUR G. BUREAU
DOCTEUR SEBILLEAU

A M. LE DOCTEUR CHAUSSE

Assistant du DOCTEUR RAMADIER

Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de tout ce qu'il a fait pour nous pendant cette année passée à Paris.

A TOUS MES ANCIENS PROFESSEURS
DE COLLEGE

OSTEITE SYPHILITIQUE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Le conduit auditif externe, essentiellement constitué d'une partie osseuse et cartilagineuse, le tout revêtu d'un tissu cutané, peut participer d'un grand nombre d'affections. La syphilis ne l'épargne pas. Sur lui, elle peut agir comme partout ailleurs de deux façons : soit en modifiant le terrain et ainsi favoriser l'éclosion d'une infection secondaire, dont la cicatrisation sera ensuite empêchée ou tout au moins retardée, soit en déterminant des lésions plus ou moins importantes évoluant pour le propre compte de la syphilis.

Il nous a été donné précisément, d'observer avec notre maître le Docteur Ramadier et le Docteur Chaussé à l'Hôpital Ambroise Paré une ostéite syphilitique du conduit auditif externe, sans qu'il y ait de lésions récentes ou anciennes de l'oreille moyenne.

Le Docteur Ramadier a bien voulu nous permettre de joindre à cette observation, la publication d'un autre cas d'ostéite qu'il observa il y a quelques années avec le Docteur Chaussé.

L'étude comparée de ces deux observations avec quelques travaux de ces cinquante dernières années va nous permettre d'essayer de préciser comment se manifeste cette ostéite.

Que notre Maître le Docteur Ramadier veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillante hospitalité, et l'enseignement qu'il nous a donné dans son service.

Nous remercions également le Docteur Chaussé qui nous a si aimablement prodigué ses conseils durant cette année.

HISTORIQUE

Si la syphilis peut se localiser en tant que maladie infectieuse sur n'importe quel point de l'organisme, le temporal n'est pas son lieu de prédilection et du temporal, le conduit auditif est-il encore le moins souvent atteint.

Desprès sur 1.200 syphilitiques n'a vu que 5 syphilis du conduit auditif externe, ces cinq cas pouvant être des chancres, des syphilides secondaires ou des gommès, la part qui revient à l'ostéite est donc très réduite.

Bruck sur 4.000 syphilitiques ne trouve que trente malades atteints de syphilis du conduit.

D'autre part Rupp sur 28.000 maladies d'oreilles qu'il a vues ne note que 21 syphilis du canal auditif externe, Baginsky sur 20.000 n'en publie que quatre.

Ravogli sur 15 syphilis de l'oreille moyenne trouve une seule fois l'atteinte de l'oreille externe.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre la rareté de la syphilis de l'oreille externe, la gomme se trouvant encore moins fréquemment que le condylome.

Hennebert cependant, pense que l'absence de lésions de l'organe de l'ouïe n'attire pas l'attention du côté de l'oreille et qu'ainsi la gomme du conduit passe inaperçue.

Beaucoup de cas sont traités par les dermatologistes, car en effet, si le conduit peut être la seule localisation de la syphilis beaucoup plus souvent elle coexiste avec

d'autres disséminations sur le corps, et ce sont ces manifestations qui provoquent la consultation. On a dit que l'oreille externe est surtout atteinte dans les cas de syphilis maligne, raison de plus pour avoir de nombreuses autres localisations et méconnaître celle qui nécessite un spéculum pour leur découverte. Enfin Hennebert ajoute « La gomme du conduit n'est pas connue parce qu'elle n'est pas décrite. »

C'est peut-être sous cette influence que vers 1880 et depuis plusieurs cas furent publiés.

Vidal est un des premiers à signaler que le mal vénérien peut toucher l'oreille externe mais il ne décrit pas les lésions qu'il trouve. Frank et plus tard Gruber précisent un peu plus et parlent d'ulcère syphilitique du conduit, sous cet ulcère y-a-t-il un os dénudé ? Ils n'en disent rien. Itard le premier trouve un séquestre dont l'ablation associée au traitement antispécifique amène la guérison mais son malade est en même temps atteint d'otite moyenne.

Il faut arriver en 1883 pour trouver dans la thèse de Bruncker, que Desprès a vu dans le conduit en dehors de toutes lésions de l'oreille moyenne des petites gommes sous formes d'abcès froid, amener une périostite et une nécrose des parties osseuses voisines et guérir par le traitement antisymphilitique. En 1896, Gonzalès décrit pour la première fois quelque chose de plus complet et qui se rapproche de nos observations. Il s'agit d'une otite externe d'origine syphilitique avec carie du conduit auditif externe.

En 1897, Devillas dans sa thèse en cite un cas, que Mendel a observé chez Fournier, c'est une syphilis maligne qui atteint à la fois le pavillon et le conduit.

En 1906, Hélot décrit des gommés paramastoïdiennes avec tympan normal, conduit atrésié, et inflammation de toute la région mastoïdienne.

Il semble donc que sous l'impulsion d'Hennebert, cette forme de localisation commence à s'individualiser. Malgré tout, on ne retrouve la description d'une atteinte primitive du conduit que dans deux observations, celle de Desprès et celle de Gonzalès, celui-ci écrit « au niveau de l'union de la partie inférieure et postérieure au milieu du conduit on voit une masse grisâtre caséeuse... derrière ce paquet grisâtre, on découvre une crête osseuse ».

D'autres auteurs décrivent en même temps que la lésion du conduit, un écoulement venant de l'oreille moyenne. Il serait intéressant de savoir s'il est secondaire à la lésion du conduit.

La dernière observation paraît être celle d'Halphen qui décrit en 1928, un séquestre du conduit auditif externe sans otite moyenne chez un enfant de 4 ans. A ce propos nous dirons que cette lésion semble avoir été confondue à ce moment là avec ce que Boulay appelle l'ostéite nécrosante bénigne du conduit auditif externe. Nous verrons que c'est Ramadier qui les a différencié.

ETUDE CLINIQUE

L'ostéite syphilitique du conduit auditif externe se présente sous deux aspects cliniques différents.

PREMIER TYPE.

Le premier type est banal, sinon fréquent, il est du moins très connu, c'est à ce type que répondent les observations suivantes publiées par Halphen, Gonzalès et Viollet.

Observation I. (Halphen, société de laryngologie, Paris, novembre 1927.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans amené à la consultation pour écoulement d'oreille gauche, à l'examen otoscopique, on trouve un séquestre grisâtre dont l'existence remonte à 6 mois. Le début ne fut pas marqué par une poussée aiguë, mais par des démangeaisons et des taches de sang sur l'oreiller; à l'intervention on trouve :

1) le conduit membraneux décollé et partiellement détruit.

2) plusieurs séquestres et des fongosites, la séquestration s'est faite aux dépens de la paroi postérieure du conduit qui très agrandi présente une crête vive qui le sépare nettement de l'aire mastoïdienne. La cicatrisation traine, on institue le traitement antisiphilitique qui précipite la guérison. Cet enfant a un passé pathologique chargé, autant tuberculeux que syphilitique, malgré tout

Halphen pense qu'on a affaire ici à une ostéite syphilitique par ce que le foyer est limité et que la guérison est obtenue avec le sulfarsénol.

Observation II. (Gonzalès, Archivos latinas, rinolagologique, 1896.

Le malade se présente pour un écoulement d'oreille, une surdité intermittente, une mastication douloureuse, des mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure pénible à l'examen otoscopique, il remarque au niveau de l'union de la partie inférieure et postérieure au milieu du conduit, une masse grisâtre, blanche, caséeuse, derrière ce paquet, une crête osseuse. On commence des cautérisations au chlorure de zinc et un traitement antisypilitique, le malade guérit en un mois.

A côté de cette forme localisée pour ainsi dire au conduit, il existe une autre forme associée à une mastoïdite de même nature. Evidemment dans ce cas, la symptomatologie s'enrichit des signes de la mastoïdite syphilitique. C'est pourquoi elle en impose souvent pour une mastoïdite aiguë et est trépanée par erreur.

Observation III. Viollet, Gazette Hôpitaux, 1900.

C'est un homme de 27 ans qui se présente avec des douleurs mastoïdiennes accompagnées de tuméfaction de l'apophyse mastoïde. Les douleurs se font de plus en plus violentes à tel point que le malade réclame l'intervention.

La tuméfaction mastoïdienne augmente en même temps que le conduit se réduit à l'état de fente, le tympan n'est

plus visible. Les téguments prennent une teinte rouge sombre.

En même temps le malade est atteint d'iritis. Il avoue avoir eu un chancre à 22 ans. On le met à l'iodure, à la dose de 4 grammes par jour, 10 jours après il ne persiste plus rien.

Dans ce cas, l'atteinte du conduit est secondaire à l'atteinte mastoïdienne, d'autrefois, l'affection a débuté dans le conduit et s'est propagé à la mastoïde. La symptomatologie est la même.

En résumé, dans ce type d'ostéite syphilitique du conduit, l'attention du malade est attirée tout de suite vers l'oreille. C'est pour un écoulement d'oreille plus ou moins ancien, pour des démangeaisons du conduit, pour une tuméfaction mastoïdienne qu'il consulte l'auriste. Celui-ci doit en établir la cause.

Diagnostic : Ce n'est pas une fistule de Gellé.

On doit évidemment penser avant tout à une mastoïdite primitive ou secondaire ouverte dans le conduit. Cette éventualité très rare revêt des caractères très spéciaux. Après une assez longue durée d'inflammation de la région mastoïdienne apparue au cours d'une grippe ou d'une maladie infectieuse, et caractérisée par des douleurs plus ou moins violentes rayonnant jusque dans la nuque, une tuméfaction rouge, chaude, sensible à la pression, une fièvre variable, des bourdonnements d'oreilles et même des vertiges, apparaissent des modifications particulières du conduit. Si la lésion du massif facial se fait d'avant en arrière, l'examen montre : soit une infiltration diffuse de la

peau, puis un bombement de la paroi supérieure et postérieure telle que repoussée elle vienne en contact avec la paroi opposée et supprime complètement la lumière du méat, ou bien un foyer de fongosités prétympanales, ou une saillie en cul de poule avec un orifice fistuleux à son sommet. Si la lésion du massif se fait d'arrière en avant, l'évolution a lieu d'une façon insidieuse et se révèle brusquement par une paralysie faciale avant que l'examen otoscopique rende compte de l'atteinte de la région. Ces aspects suffisent à caractériser l'extension de la suppuration de l'oreille moyenne aux cellules mastoïdiennes, puis à la paroi du conduit.

Dans l'ostéite du conduit rien de semblable. Il n'y a pas de commémoratifs d'infection aiguë au début, la lumière du méat n'est pas obstruée par l'affaissement de la paroi mais par un séquestre, une tumeur osseuse ou un bourgeon charnu derrière lequel se cache l'os dénudé. Ajoutons que l'écoulement du pus est beaucoup moins abondant que dans l'ostéite du massif facial.

Par conséquent, le diagnostic est relativement facile entre l'ostéite du conduit et une mastoïdite fistulisée dans le conduit.

Cancer du conduit :

Exceptionnellement primitif, il n'est le plus souvent que la propagation d'une tumeur semblable ayant débuté soit par le pavillon de l'oreille, soit par la caisse du tympan, le diagnostic est alors évident.

L'épithélioma primitif du conduit auditif externe peut au début rendre le médecin hésitant. Extrêmement insi-

dieux, il se développe au milieu des signes d'un eczéma humide, avec formation d'une croûte circonscrite, souvent écorchée à cause d'une forte démangeaison, mais bientôt l'évolution ne laisse plus aucun doute. Il apparaît une surface ulcérée, dentelée qui s'étend à la fois en dehors vers le pavillon et dans le fond vers la membrane tympanique, en même temps, l'écoulement devient purulent, fétide, mêlé de sang; parfois ce sont de véritables otorrhagies. Le conduit est rempli par une tumeur ayant l'aspect de fongosités osseuses, grises jaunâtres, en chou-fleur saignant au moindre contact et se reproduisant avec rapidité, à côté ce sont des places déprimées où le cartilage blanc de l'oreille et la paroi osseuse du méat sont à découvert. La mort survient en général assez vite au milieu des symptômes d'une affection méningée.

Le diagnostic clinique est donc assez facile. En cas de doute surtout au début l'examen microscopique renseigne rapidement.

C'est une ostéite due à la syphilis.

A la société de laryngologie de Paris, à propos de la discussion de l'observation d'Halphen, les uns admettent que l'ostéite du conduit relève toujours de la syphilis, d'autres se refusent à reconnaître cette étiologie, tout au moins dans un certain nombre de cas. Ramadier pense qu'en réalité il faut distinguer deux ordres de fait.

Il y a d'une part une ostéite avec nécroses folliculaires. « C'est une ulcération atone dont les bords ne sont ni bourgeonnants, ni saignants, souvent même déprimés en cupule au fond de laquelle on trouve un os dénudé. Mais

le point osseux est limité en surface et en profondeur, très superficiel, on recherche vainement l'existence d'un trajet fistuleux. Ces lésions dont l'évolution est à peu près muette se cicatrisent rapidement après extraction du séquestre. En 1923, Boulay l'a justement dénommée ostéite nécrosante bénigne du conduit et le professeur Jacques lui a consacré un article en 1928 dans les Annales de laryngologie. Beourgeois et Caboche en ont rapporté quelques cas en novembre 1927 à la société de laryngologie de Paris.

Son étiologie et sa pathogénie sont très incertaines. Les Allemands la considère à tort ou à raison comme une localisation du cholestéatome, conséquence habituelle d'un processus desquamatif insidieux et torpide aboutissant à l'atrophie de la peau et de l'os sous-jacent. Pour Boulay, il s'agit d'un trouble trophique comparable à l'ulcère simple de la cloison. C'est « comme si un petit territoire vasculaire du périoste et des couches superficielles de l'os étant tout à coup privé de sang, il se produisait une zone circonscrite de sphacèle ».

Jacques pense plutôt à une manifestation convergente de la syphilis et de la névropathie constitutionnelle.

La syphilis peut ici créer un terrain favorable, mais ce ne sont pas des lésions syphilitiques en évolution; d'ailleurs la guérison est obtenue par des soins locaux.

L'autre forme d'ostéite, celle qui nous intéresse est au contraire caractérisée par des lésions donnant lieu à une suppuration vraie, peu abondante et sans, ou presque sans fongosités. Ces lésions peuvent se fistuliser dans le conduit ou les régions périauriculaires, et ces fistules ne

guérissent qu'après l'association des traitements chirurgicaux et antisyphilitiques. Dans notre observation IV, en effet le traitement antisyphilitique donne une amélioration nette mais ne tarit pas la suppuration, il faut y adjoindre le traitement chirurgical. Dans l'observation d'Halphen, celui-ci fut institué le premier mais il fallu la médication antisyphilitique pour voir dès la première injection de sulfarsénol, la fétidité et l'abondance de la suppuration diminuée et disparaître. Il s'agit donc ici de lésions syphilitiques en évolution et non de lésions évoluant sur un terrain syphilitique.

En 1906, Viollet parlant de l'ostéite du conduit auditif externe disait devant une tuméfaction rouge sombre de la région mastoïdienne avec des douleurs vives, sans écoulement de l'oreille moyenne, on doit penser à la syphilis et faire un traitement.

En 1927, Bourgeois à la société de laryngologie disait qu'une ostéite du conduit dont la pathogénie n'est pas démontrée doit faire penser à la syphilis.

Cette étiologie syphilitique est encore affirmée par les antécédents des malades. Halphen n'a-t-il pas relevé des stigmates de syphilis chez l'enfant qu'il a vu, dans notre cinquième observation, le fils de la malade a des lésions de syphilis héréditaire. Si ces commémoratifs manquent chez notre 1^{re} malade, elle a du moins un Bordet-Wasserman fortement positif dans le sang.

La clinique, la bactériologie, la thérapeutique, tout concourt à établir que cette ostéite du conduit a une origine syphilitique.

DEUXIÈME TYPE.

Il s'agit d'un type non observé jusqu'ici. Son intérêt vient de ce qu'il se révèle par une complication aiguë périauriculaire mais qui n'attire pas du tout l'attention vers l'oreille.

Observation Docteur Ramadier et Baron.

Mme Pein... actuellement âgée de 46 ans avait été opérée de cholecystectomie il y a 6 ans par le Docteur Desmarest. Revenue consulter à l'Hôpital le 10 décembre 1930 pour des douleurs abdominales, on l'opéra d'adhérences le 19 décembre. Mais voici que le surlendemain le l'opération apparaît une tuméfaction inflammatoire de la région parotidienne gauche, accompagnée de douleurs violentes qui s'irradient dans le cou, et d'une poussée thermique à 38°1. Trois jours plus tard, le 24 décembre, les phénomènes se sont accrus et l'on peut faire avec certitude le diagnostic de parotidite aiguë suppurée : le gonflement parotidien est considérable, la peau est rouge, tendue, l'expression de la parotide fait sourdre du pus par le canal de sténon, on constate une légère parésie faciale, la température est à 39°8. Le 26 décembre, on incise l'abcès parotidien, on obtient une petite quantité de pus bien lié et on draine, espérant une cicatrisation rapide.

A partir du 10^e jour environ, les lésions commencent à se refroidir, tout en s'étendant autour du foyer primitif, en particulier en bas, vers la région sous-auriculaire. De nouveaux petits foyers purulents se forment, que l'on est amené à inciser successivement. Quatre incisions sont ainsi pratiquées qui laissent chacune une fistule : devant

le tragus, devant le lobule, sous le lobule, en arrière de celui-ci. La température baisse lentement à partir du 10 janvier, la suppuration tend à diminuer, mais la malade continue à souffrir. De plus elle présente un trismus assez marqué.

Mais voici que le 19 janvier (un mois après le début des accidents), on note un fait nouveau : une suppuration par le conduit auditif externe. Cette suppuration était-elle vraiment récente, ou remontait-elle au début des phénomènes parotidiens ou même avant ? Il est impossible de le préciser car la malade se trouvait encore à ce moment dans le service de chirurgie. En tout cas, on nous l'adressa de ce service avec le diagnostic probable d'oto-mastoïdite (la mastoïde était un peu douloureuse à la pression), survenue au cours d'une parotidite postopératoire.

Il ne s'agissait pas en réalité d'une otite moyenne, mais d'une ostéite de la paroi inférieure du conduit auditif externe. Voici en effet quelles furent les constatations à la date du 16 février 1931 (7 semaines après le début des accidents parotidiens). La suppuration par le conduit est assez abondante, c'est un pus bien lié, crémeux, non fétide. Ce canal est obstrué en grande partie par une masse bourgeonnante rouge, saignante, implantée sur la paroi inférieure au niveau de la partie moyenne. Le stylet plongeant dans cette implantation prend contact avec l'os dénudé. Cette exploration est très douloureuse. Après ablation des bourgeons à la curette, on se rend mieux compte des lésions : une saillie osseuse aiguë pointue dans le conduit, on la sent au stylet et on aperçoit

même l'extrémité supérieure. Au delà le tympan paraît normal. D'autre part, on découvre deux trajets fistuleux, l'un prétragien, l'autre sous-lobulaire, convergeant vers l'os tympanal et dans lesquels le stylet s'enfonce profondément. Une seule fois, il nous a été donné de trouver l'os dénudé par l'un de ces trajets, par lequel d'ailleurs une injection de lipiodol montre sa continuité avec l'autre et avec la fistule du conduit.

Tout autour de ces lésions les tissus sont empâtés, la peau ne peut être plissée, à la palpation on sent comme un gâteau qui va du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à l'angle de la mâchoire, masquant ainsi complètement cette saillie, en bas, descend à 4 cm. environ au-dessous du maxillaire inférieur.

Les téguments sont rouge sombre, violacés, et prennent le godet. Cette palpation est légèrement douloureuse. Evidemment dans cette masse compacte, on ne peut pas reconnaître l'existence de ganglions.

La malade dit que de temps en temps et depuis quelques jours seulement, elle a comme « des courants électriques » dans toute la mâchoire inférieure, on peut les provoquer en forçant le trismus. D'une manière continue, elle a des douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la tête.

Dès ce moment nous admettons l'hypothèse d'une ostéite syphilitique de l'os tympanal. On ne trouve cependant pas d'autres localisation ni dans le pharynx, le nez, ou sur le reste du corps. Les jours suivants l'examen du sang confirme cette hypothèse, en nous révélant un Bordet-Wasserman franchement positif. On institue dès

lors le traitement non sans avoir auparavant étudié ses réactions acoustiques et vestibulaires et avoir fait faire une radiographie de ses mastoïdes dans l'espoir de découvrir les limites des lésions.

AUDITION

	oreille droite	oreille gauche
voix haute	5 mètres	4 m. 50
voix basse	2 mètres	1 m. 75
montre	10 cm.	7 cm.
Schwaback	$435 = \frac{20''}{20''}$	
	$128 = \frac{17''}{17''}$	
Weber		très légèrement
Rinne	normal	normal
Struychen	XVI	XV

Examen vestibulaire :

La malade n'a pas de nystagmus spontané. Les changements lents ou brusques des positions de la tête ne le produisent pas.

L'épreuve de Romberg est négative même sensibilisée ainsi que l'épreuve du fil à plomb de Barré. Le signe de l'indication est négatif enfin l'épreuve calorique est nor-

male des deux côtés, un bain d'eau à 30° pendant 30'' donne un nystagmus horizontal qui persiste une minute trente secondes et qui apparaît après une latence de vingt secondes.

Le Docteur Cottenot que nous nous faisons un devoir de remercier ici, a bien voulu pratiquer une série d'exams radiographiques. Sur ces clichés, d'ailleurs remarquables, on ne peut déceler la limite de la nécrose. En voici le compte rendu :

Radiographies prises le 16 mars 1931.

Incidence temporo-tympanique :

A droite : mastoïde normale :

A gauche : 1) mastoïde plus opaque, condensation de la région antrale et péríantrale.

2) La projection du conduit auditif externe est opaque au lieu d'être claire comme du côté droit. Cette opacité n'est pas homogène, elle est formée de petits nodules qui se projettent sur la lumière du conduit auditif.

3) Tandis que l'on voit très nettement du côté droit l'articulation temporo-maxillaire, du côté gauche, on note un aspect flou, déchiqueté de la cavité glénoïde dont on ne peut suivre le contour nettement. Le condyle présente également des contours flous à peine perceptible; l'interligne articulaire est très élargie (à peu près triplé d'épaisseur).

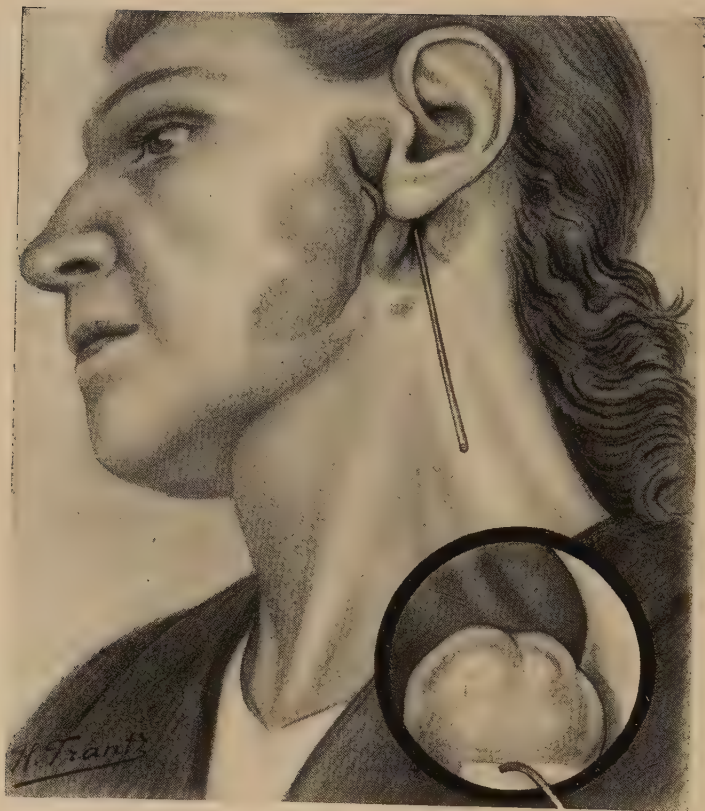
Incidence fronto-tympanique :

Du côté droit, on voit très nettement l'articulation temporo-maxillaire et les bords antéro inférieur et postero-supérieur du conduit auditif externe.

2) Par contre, à gauche on ne voit que les contours très estompés du condyle mais il est impossible de discerner les contours de la cavité glénoïde et les bords du conduit auditif externe.

Une radiographie est prise sous incidence temporo-tympanique après injection de lipiodol dans le trajet fistuleux. Il passe directement dans le conduit auditif externe et l'on voit seulement son ombre opaque ronde se projeter sur le conduit auditif externe.

On commence le traitement le 1^{er} mars par une injection intraveineuse de un centigramme de cyanure de Mercure, et trois nouvelles injections. Celle-ci détermine l'apparition d'une stomatite qui fait interrompre ce traitement. Il est remplacé par l'iodure de potassium en ingestion, le 8 mars, on commence à la dose d'un gramme pendant 10 jours, le 12 mars, on constate à l'examen du pharynx, une amygdale comme repoussée en avant par une tumeur de couleur normale, douloureuse à la pression de l'abaisse-langue. On passe alors à deux grammes pendant trois jours, puis trois grammes et on continue à cette dose. Dès le 23 mars, la malade souffre beaucoup moins, elle n'a plus de crise paroxystique, la tuméfaction diminue, la peau qui était tendue redevient souple, et perd sa couleur violacée sur les bords; l'écoulement lui-même est beaucoup moins abondant, la palpation moins douloureuse. Le 1^{er} avril, on reconnaît l'angle de



la mâchoire, qui a repris sa saillie presque normale, les téguments sont de couleurs presque normales. Le matin, dans le pansement on ne trouve plus que quelques gouttes de pus qui viennent surtout du conduit; l'os est toujours dénudé, il faut intervenir.

Intervention : (D^r Ramadier).

L'incision est celle d'une mastoïdite mais prolongée jusqu'à la fistule et un peu au delà. On rugine le bord antérieur de la mastoïde, c'est-à-dire la paroi postérieure du conduit et la pointe de l'apophyse. On détache facilement la peau de la paroi inférieure du conduit au niveau de la fistule. On engage une sonde cannelée par la fistule inférieure et repérant l'os dénudé, on sectionne plan par plan prudemment. Tout ce trajet paraît superficiel par rapport au facial. On resèque alors le 1/3 antérieur de l'apophyse mastoïde ainsi que l'os tympanal jusqu'au point où l'os dénudé est repéré par la sonde et un peu au delà. La mastoïde apparaît creusée de cavités cellulaires séparées par des travées compactes assez peu épaisses. Les cellules sont tapissées par une muqueuse d'aspect blafard. L'os sec se casse facilement. Quand à l'os tympanal il est compact, dur comme de l'ivoire dans toute l'étendue réséquée et l'on ne peut même pas constater d'ostéite vraie. Telle est l'évolution de cette ostéite de l'os tympanal qui commence apparemment par une suppuration parotidienne, aiguë, fébrile, 48 heures après une opération abdominale et qui se présente ensuite sous l'aspect de fistules froides multiples, auriculaires et péri-auriculaires. Très améliorée par le traitement antisiphilitique elle est guérie par l'association du traitement chirurgical.

Observation V inédite, D^r Ramadier et D^r Chaussé.

Femme de 50 ans environ, Madame B... ayant présenté à la suite d'un abcès périamygdalien (?) une suppuration du conduit qui fut attribué à un furoncle. Quelque temps après un autre abcès de l'amygdale apparut. Il fut suivi de signes de suppuration cervicale profonde qui se fistulisa spontanément au-dessous du lobule. Un chirurgien l'opéra pour un adéno-phlegmon. Au cours de cette intervention qui n'avait donné issue qu'à un peu de pus très profondément situé, le facial fut sectionné. Appelé à ce moment à voir cette malade, nous constatâmes une fistule para-tympanale du conduit et une fistule sous-lobulaire. Le tympan lui-même était intact et l'audition normale. Par les deux fistules, l'externe et celle du conduit, le stylet prenait contact avec l'os tympanal dénudé. Le toucher buccal montrait au niveau du pôle supérieur de l'amygdale un empâtement en contact d'autre part avec le temporal.

Lorsque nous prescrivîmes un traitement mercuriel, le fils de la malade présent à la consultation nous prit à part pour nous déclarer qu'il avait été soigné lui-même pour des accidents oculaires d'origine syphilitiques. Interrogée la malade dut alors avouer qu'en cachette elle prenait de temps en temps de l'iodure de potassium.

La médication spécifique, iodurée mercurielle poursuivie activement pendant un mois et demi n'arriva pas à tarir la fistule cervicale, ni la fistule auriculaire. Nous dûmes procéder à une opération importante, mais grandement facilitée par l'absence de toute préoccupation à l'égard du facial, elle nous amena à réséquer toute la

paroi inférieure du conduit nécrosée, mais ne présentant pas cependant de séquestre isolé. La guérison fut acquise en 15 jours. Le Bordet-Wassermann n'avait pas été pratiqué, mais les commémoratifs plaidaient nettement, comme nous venons de le voir en faveur de l'origine syphilitique de cette ostéite du conduit.

En résumé, on peut diviser l'évolution de ce nouveau type d'ostéite du conduit en plusieurs périodes.

La première essentiellement silencieuse irait du début réel de l'affection au début apparent qui est l'épisode aiguë. Elle est difficile à préciser; l'atteinte syphilitique de l'os commence quand ? Le malade ne souffre pas, n'a rien qui lui indique qu'il a l'oreille malade.

La seconde période comprendrait tout l'épisode aiguë la plus intéressante de toute, celle où il importe de faire le diagnostic, évitant ainsi une intervention parfois mutilatrice. Extrêmement polymorphe puisque c'est tantôt un abcès de l'amygdale, un adéno-phlegmon, une parotidite qui amène le malade à consulter. Dans ce cas, comme le prouve bien nos deux malades, il ne va pas vers l'auriste, mais vers le chirurgien qui ne pense pas que l'oreille puisse être la cause d'une tuméfaction aiguë ou subaiguë de la parotide, de l'amygdale ou du cou. D'où tout l'intérêt de cette forme qui se révèle par une complication.

Enfin troisième période, l'affection prend une allure subaiguë ou chronique, et évolue comme dans le premier type. Le diagnostic est tardif, il faut à tout prix l'avoir fait à la période aiguë avant d'intervenir.

DIAGNOSTIC

Parotidite : Chez notre malade, l'affection se révèle par une parotidite dont les signes sont ceux d'une parotidite postopératoire, puisqu'elle débute le surlendemain d'une intervention abdominale. Cependant sa pathogénie reste obscure, l'opération a été parfaitement aseptique, la cicatrisation s'est faite sans le moindre incident inflammatoire, on ne trouve ni infection buccale, ni pulmonaire; aussi n'est-ce pas sans quelques réserves que le Docteur Desmarest admet cette étiologie. La recherche d'une origine locale aurait peut-être pu orienter le diagnostic vers l'oreille, d'autant que Picqué et Toubert ont attiré l'attention sur les parotidites d'origine otique, à la suite d'infection primitive de l'oreille externe. Il y a tout lieu de croire que dans notre cas, si à l'occasion de l'intervention abdominale s'est greffée une infection aiguë sur la glande, celle-ci était déjà malade depuis quelque temps. Ne retrouve-t-on pas sur la radio une arthrite temporo-maxillaire ? N'est-ce pas la le passage normal de l'infection de l'os tympanal vers la parotide ? De plus l'unilatéralité de l'affection, bien qu'elle ne soit pas capitale devait tout de même surprendre ? A l'intervention, on trouva très peu de pus.

Enfin, une parotidite postopératoire une fois ouverte et drainée guérit rapidement dans la plupart des cas, sinon elle prend l'aspect d'un phlegmon diffus gangréneux dans certains cas, puis apparaissent des phénomènes septicémiques qui entraînent la mort assez rapidement. Ici rien de semblable. Il y a fistulisation et passage à la chronicité. La suppuration est donc entretenue par un foyer de voisinage qu'il s'agit de chercher. L'auriste consulté le trouve parce qu'il a des moyens spéciaux d'investigation.

L'abcès de l'amygdale, succède à une amygdalite aiguë, les signes généraux sont très marqués, le pus se collecte, s'évacue spontanément ou chirurgicalement, et l'abcès est guéri en quelques jours; ou bien il se produit des infiltrations septiques diffuses péripharyngiennes sans foyer localisé, mais ces infections qui s'accompagnent en général de cellulite cervicale sont rapidement mortelles. Dans notre observation il n'est pas mentionné d'amygdalite aiguë, d'autre part à la suite de l'abcès, il se produit un écoulement d'oreille. Le toucher buccal montre une infiltration, ou niveau du pôle supérieur de l'amygdale, de tous les tissus jusqu'à la paroi externe. Les phénomènes généraux ne sont pas graves, l'évolution non plus. S'agit-il donc bien d'un véritable abcès de la glande, ou bien plutôt d'une infiltration gommeuse propagée du conduit vers l'espace ptérygo-pharyngien et l'amygdale ? C'est beaucoup plus vraisemblable, et alors le diagnostic étiologique en est grandement facilité.

Le furoncle lui-même en était-il bien un ? N'était-ce pas plutôt le début de la fistulisation de l'ostéite dans le conduit. Un furoncle est caractérisé par un début aiguë,

avec douleur extrêmement vive, s'il y a ostéite consécutive, elle est très superficielle et on ne trouve pas de trajet fistuleux. Enfin la guérison s'obtient très rapidement par de simples soins locaux. Chez notre malade la suppuration persiste, et l'on trouve un trajet fistuleux juxta-tympanal. Donc rien de semblable à un furoncle.

Adéno-phlegmon du cou : il est secondaire le plus souvent à une infection connue. Tout à fait au début un seul ganglion est envahi, puis les ganglions de voisinage peuvent s'engorger à leur tour. La sensibilité devient très vive, la pression même légère est très pénible de même que les mouvements. Bientôt on sent à la palpation une plaque empâtée et dure noyant tous les reliefs de la région. Enfin la fluctuation apparaît et si l'on n'intervient pas, il se produit une évacuation spontanée d'une quantité notable de pus en même temps que des complications graves sont à craindre.

Chez notre malade l'allure semble beaucoup moins aiguë puisqu'il s'agit d'une suppuration cervicale profonde qui a le temps de se fistuliser, et puis il semble bien que cette masse sentie au toucher buccal soit l'origine de la fistule, le chirurgien se dirige vers cette masse à la recherche de la suppuration profonde, il sectionne le facial, il est donc dans le voisinage du conduit. L'intervention ramène très peu de pus, ce n'est généralement pas le cas d'un adéno-phlegmon qui collecté s'ouvre spontanément ! Enfin bien drainé, un adéno-phlegmon se cicatrise le plus souvent assez vite sans laisser de suppuration chronique. L'allure clinique de la tuméfaction cervicale de notre malade n'est donc pas tout à fait celle d'un adéno-phlegmon

du cou. La recherche systématique de la cause dans le conduit aurait probablement amené la découverte de l'ostéite.

Malgré les apparences, on se trouve donc en présence d'une ostéite du conduit qui se révèle par une affection aiguë périauriculaire.

En résumé, l'ostéite du conduit auditif externe revêt deux formes cliniques très différentes, l'une banale connue depuis longtemps, l'autre d'apparence aiguë, dont la première manifestation est une complication.

Cette ostéite est de quelle nature ?

Diagnostic étiologique : La tuberculose.

La tuberculose du conduit est extrêmement rare, elle n'est signalé dans aucun traité. Moos l'oppose aux autres ostéites par son évolution à bas bruit, sans signes, même lorsque la destruction osseuse ou le séquestre formés sont considérables. Cette évolution est tellement silencieuse que même avec nécrose importante, elle a pu passer inaperçu et n'être qu'une découverte d'autopsie. Il y a de nombreuses fistules par où s'écoule un jus caséeux, grumeleux, abondant, elles siègent surtout au niveau des parois postérieures et supérieures du conduit. Le méat est largement ouvert grâce à l'importante carie osseuse.

L'ostéite tuberculeuse du tympanal n'est pas isolée, il s'agit beaucoup plus souvent d'une otite tuberculeuse avec ostéite mastoïdienne, qui a gagné de proche en proche d'autres parties du temporal.

Les lésions mal limitées sont progressivement envahissantes, sans que l'état des tissus voisins indique la forma-

tion d'une zone de défense, elles ne cèdent même pas après le traitement chirurgicale. On trouve aussi d'autres localisations tuberculeuses, soient osseuses, soient pulmonaires, ou laryngées. Dans le doute, on peut faire une tuberculino réaction et une radiographie qui montre une raréfaction calcique plus ou moins intense au niveau des parties encore vivantes de l'os.

Les mycoses.

Les mycoses, et plus particulièrement l'actinomycose atteignent surtout le maxillaire inférieur. Ces champignons déterminent des tumeurs de plus en plus volumineuses jusqu'à ce qu'on institue un traitement énergique et suivi.

Localisées à l'oreille, atteignent rarement l'os cependant une observation a été publiée, où les lésions gagnèrent l'oreille moyenne, puis le rocher, les méninges et le cerveau. Les lésions sont progressivement envahissantes. Le diagnostic est grandement facilité par la recherche des grains jaunes et des filaments mycéliens qui prennent le gram. Si l'examen direct ne donne rien, on peut en faire une culture, ou mieux, parce que plus rapide, pratiquer le séro-diagnostic de Widal.

On ne peut pas espérer de renseignements utiles par le traitement d'épreuve puisque si les lésions activo-mycosiques regressent lorsqu'on met le malade à l'iodure de potassium, il en est de même des lésions syphilitiques.

Les lésions observées chez nos malades ne peuvent donc pas être attribuées aux mycoses, parce qu'elles sont trop localisées au conduit, et parce que les examens bactériologiques pratiqués furent négatifs.

La syphilis :

La syphilis est retrouvée chez tous les malades. Les uns sont atteints d'autres lésions qui orientent le diagnostic, d'autres furent traités mais insuffisamment, d'autres ont des épreuves sérologiques positives. Bref chez tous, on retrouve la syphilis en activité. Les bons résultats obtenus par le traitement d'épreuve, contribue encore à établir cette étiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions, ne sont connues que par l'examen clinique et encore n'y a-t-il qu'un petit nombre d'observation. Il s'agit d'un processus massif réalisant, soit une ostéite diffuse, soit un ou plusieurs séquestres; en somme des lésions comparables à celles que l'on observe dans la mastoïdite syphilitique, donnant lieu à une suppuration vraie qui peut se faire jour dans la région périauriculaire.

A l'intervention on trouve autour des lésions d'ostéite facile à curetter des zones d'ostéite condensante extrêmement dur, c'est l'aspect des lésions osseuses syphilitiques des os du crâne.

CONCLUSION ET TRAITEMENT

L'ostéite syphilitique du conduit peut donc revêtir deux formes très différentes, la première donne l'apparence d'une otite et évolue comme telle, ce n'est qu'à l'examen otoscopique qu'on se rend compte de l'existence des lésions du conduit et de l'intégrité de l'oreille moyenne. Cette forme qu'on pourrait appeler commune, a été décrite depuis déjà longtemps. La deuxième ne semble pas avoir été observée jusqu'ici son début apparent est tellement polymorphe, sa symptomatologie tellement peu auriculaire que rien ne semble réclamer l'examen de l'auriste. Il a fallu nos deux observations pour qu'à l'avenir nous sachions que dans toute suppuration aiguë péri-auriculaire, dont l'étiologie est mal établie, il est nécessaire d'examiner systématiquement le conduit auditif externe.

La découverte d'un point d'os dénudé permet d'établir de suite le diagnostic d'ostéite du conduit auditif externe. La recherche de la syphilis permet alors d'éviter une intervention délicate, parfois mutilatrice, et d'établir un traitement efficace. Il consistera d'abord en soins d'antisepsie. Chaque jour le conduit sera nettoyé à l'acool, et s'il existe des bourgeons dans le conduit, ils seront enlevés à la curette ou cautérisés.

Mais le traitement étiologique est avant tout la base du traitement. Deux cas sont à considérer.

1) *Il n'y a pas de séquestre :*

Le traitement médical pourra amener la guérison à lui seul. On donnera aux malades, soit de l'iodure de potassium, soit du mercure. Ces deux substances médicamenteuses ont en effet sur les lésions osseuses syphilitiques une action curatrice de valeur incontestable. L'iodure de potassium se donne à dose progressivement croissante jusqu'à 5 grammes par jour suivant la sensibilité des malades et suivant les lésions. Ce traitement suffit le plus souvent à faire disparaître les douleurs et la suppuration. Il est quelquefois nécessaire d'associer à l'iodure de potassium, le mercure. Dans ce cas, il est bon de ménager le tube digestif et de le faire sous forme injectable, les frictions étant infidèles et malpropres. Le cyanure de Mercure à la dose de un centigramme en injection quotidienne intraveineuse est extrêmement pratique.

On prendra les soins d'hygiène buccale habituels pour prévenir la stomatite afin de ne pas avoir à interrompre le traitement.

On pourra également employer le bismuth en injection intra-musculaire à la dose de deux piqûres par semaine. Les mêmes précautions sont à observer. Si au bout de quelques semaines de traitement, la suppuration ne se tarit pas, c'est qu'il est nécessaire d'intervenir.

2) *Il y a séquestre.*

Dans les lésions osseuses tertiaires le traitement spécifique n'agit, dit Lermoyer, que s'il n'y a pas de nécrose.

ou bien dans le cas où il en existe que si le séquestre est éliminé. Il est bon de commencer cependant par le traitement médical afin de circonscrire les lésions et faire le moins de délabrement possible. Le chirurgien devra autant qu'il le pourra en effet, éviter le facial, mais quelquefois il devra le sacrifier pour tarir une suppuration interminable, dont le siège est l'os tympanal.

Vu : le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARATOUX. Revue mensuelle de laryngologie, 1883-1884-1885-1886.
- BERRUYER. Bulletin médical, 26 janvier 1910.
- BENTER ET COLLET. Lyon Médical, 1903. Un cas de périostite syphilitique de la mastoïde.
- BONNAFOND. Union Médicale XIV. Exostose du conduit. Bulletin de l'Académie, XXXIII, 1863 et Union Médicale, 1868. Tumeur osseuse du conduit.
- BOULAY. Congrès, 1923. Ostéite nécrosante bénigne du conduit.
- BRUNCKER. Thèse Wancy, 1883. Lésion syphilitique de l'appareil auditif.
- CARTAZ. Bulletin société anatomique, 1873. Séquestre osseux du conduit.
- DELSTANCHES. Bulletin société Belge laryngologie, 1879. Contribution à étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe.
- DESPRÈS. Concer primitif du conduit. Journal Médical de Bruxelles, 1879.
- DEVILLAS. Thèse Paris, 1897.
- DIDSHUY. France Médicale, 1898, vol. 45. Syphilis tertiaire de l'oreille.
- DUPLAY. Progrès Médical, 1887-1888. Traité de Chirurgie.

- DURAND ET STERN. Tuberculose mastoïde. Annales, 1928.
- TOURNÈD. Traite ε tertiaire.
- GAILLARD. Mastoïdite syphilitique. Annales, 1927.
- GIBER. Berlin, 1900.
- GERVAIS. Abcès mastoïdien. Tèse Paris, 1879.
- GONZALÈS. Syphilis du conduit séquestre, mars 1896. Archivos latinos rhinologia.
- HALPHEN ET BRUNEAU. Annales laryngologie, 1928, N° 3.
- HELOT. Gomme para-mastoïdienne. Archives de laryngologie, 1906, juillet.
- HENNEBERT. Syphilis auriculaire. Revue internationale de rhinologie. Paris, 1897.
- JACQUES. Annales 1928 et Rapport 1910.
- JEGU. Thèse Paris, 1884 ε oreille.
- LERMOYER. Thérapeutique des maladies de l'oreille.
- MENDEL. Annales ost., 1893. Otite externe syphilitique tertiaire.
- MENIERE. Manuel otologique clinique.
- MOOS. Archives otologiques, New-York, 1884, tome XIII.
- PREICE. Action de la syphilis sur oreille. Progrès Médical, 1884-1887-1888.
- POLITZER. Atlas. Maladie oreille traduit par Joly.
- LINTHIENE. ε conduit auditif. Méd. record. New-York, 1893.
- RUFF. France Médicale, 1892 ε oreille externe. Journal of cutaneous et genital Uniany di sease, New-York, 1891.
- VIOLLET. Gazette Hôpitaux, 1900 Mastoïdite. ε .

SCHWARTZ. Maladies chirurgicales de l'oreille.

WORMS. Fistule mastoïdienne postopératoire, société laryngologie 1927, novembre.

ZUCKER. Zü schrift für ohren, 1883, tome XIII.

